

ZAHTEJEV ZA PROMJENU UGOVORA

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podaci o ugovaratelju osiguranja | |
| Ime i prezime/Naziv : | Broj ugovora: |
| Adresa prebivališta/sjedišta: | |
| Adresa za dostavu pošte (ako je različita od prebivališta): Napomena: za daljnju pisanu komunikaciju vezanu uz ovaj ugovor koristit ćemo dostavnu adresu | |
| OIB: | Kontakt telefon – fiksni: |
| e-mail adresa: | Kontakt telefon – mobilni: |
| Podaci o željenoj promjeni (Molimo označiti željenu promjenu i ispuniti) | |
| <input type="checkbox"/> Promjena dinamike plaćanja | <input type="checkbox"/> godišnje <input type="checkbox"/> polugodišnje <input type="checkbox"/> tromjesečno <input type="checkbox"/> mjesečno |
| <input type="checkbox"/> Smanjenje premije životnog osiguranja | Molim smanjenje godišnje premije na _____ € od dana _____ Ako nije moguća promjena s navedenim danom, pristajem na promjenu s danom koji odredi Merkur. |
| <input type="checkbox"/> Ukidanje dopunskih osiguranja | Osiguranja koja želim ukinuti: _____ |
| <input type="checkbox"/> ugovaranje dodatnih pokrića | Priloženo dostavljam ponudu (kontaktirati zastupnika) za ugovaranje dodatnih pokrića: <input type="checkbox"/> osiguranje od nezgode <input type="checkbox"/> dodatno zdravstveno osiguranje |
| Ako se zahtjev odnosi na policu osiguranja života, molimo da u svrhu ispunjenja naše zakonske obveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma odgovorite na slijedeća pitanja | |
| Jeste li ugovor sklopili u ime ili po nalogu nekog drugog? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | |
| Namjena/predviđena priroda poslovnog odnosa: <input type="checkbox"/> štednja <input type="checkbox"/> osiguranje <input type="checkbox"/> vinkulacija <input type="checkbox"/> _____ | |
| Izvor sredstava korištenih za uplatu premije fizičke osobe: <input type="checkbox"/> plaća <input type="checkbox"/> ušteđevina <input type="checkbox"/> nasljedstvo <input type="checkbox"/> _____ | |
| Izvor sredstava korištenih za uplatu premije pravne osobe: <input type="checkbox"/> _____ | |
| Zanimanje i djelatnost/djelatnost u kojoj ostvarujete prihode: _____ | |
| Jeste li Vi, član Vaše uže obitelji, bliski suradnik ili stvarni vlasnik politički izložena osoba sukladno odredbama Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA molimo dostavite ispunjen obrazac „Politički izložena osoba“ | |
| Fizičke osobe: | Jeste li porezni rezident RH? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Jeste li porezni rezident druge države? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako ste porezni rezident druge države molimo dostavite ispunjen obrazac „Izjava o poreznoj rezidentnosti-fizička osoba“ |
| | Sva državljanstva: Broj osobne iskaznice: Naziv i država izdavatelja: |
| Pravne osobe: | Molimo dostavite slijedeće obrasce: Izjava o poreznoj rezidentnosti – pravna osoba Podaci o beneficijarnim/stvarnim vlasnicima klijenata Izvod iz sudskog/obrtnog ili drugog javnog registra isprantan sa web stranice registra |
| Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dospune na www.merkur.hr - Zaštita podataka. | |
| _____ Potpis/pečat i potpis ugovaratelja | |
| Prostor za ovjeru (Ispunjava djelatnik Merkur osiguranja d.d.) | |
| Podatke provjerio/la: Ime i prezime osobe odgovorne osobe: | Pečat Ureda/prodajnog mjesta i potpis: |
| Datum zaprimanja zahtjeva | |

Obvezan privitak ovom zahtjevu, osim u slučaju promjene dinamike plaćanja, je policu osiguranja.